

Räckstaprojektet

En studie av vårdförloppet för ett långvårdsklientel med cerebral insult eller collumfrakturer.

Gunilla Bergström

Räckstaprojektet har haft i syfte att åstadkomma kortare vårdtider inom långvården genom att ersätta storavdelningar med behandlingsteam samt tillföra dagvården som en resurs i vårdkedjan.

En utvärdering av projektet visar en kraftig vårddagsvinst. Dagvården har bedömts vara av avgörande betydelse. Erfarenheterna har också varit att projektet givit ett bättre omhändertagande och större trygghet i utskrivningen för patienten. För personalen har erfarenheten varit ett bättre arbetssätt och en mer stimulerande arbetsmiljö.

Gunilla Bergström var vid projektets genomförande överläkare vid Räcksta sjukhus, är nu överläkare vid långvårdsmedicinska kliniken S:t Görans sjukhus i Stockholm.

I Sverige kommer befolkningen i åldersgruppen 70 år och äldre att öka från ca 714 000 1970 till ca 1 021 500 år 1990, särskilt markant blir ökningen i de äldsta åldersgrupperna. Liknande problem står även andra länder, tex Japan, inför (6). Man vet att stigande ålder medför en starkt ökad vårdkonsumtion. Även om det naturliga sjukdomsförloppet för en cerebral insult inte påverkas nämnvärt av yttre åtgärder (2, 4, 5) har man dock på sikt nått goda resultat i form av minskat behov av institutionell vård och andra hjälpåtgärder genom en målinriktad rehabiliteringsinsats (1, 3), och andra vårdformer som tex dagsjukvård har kompletterat den slutna vården (7).

Räckstaprojektet var arbetsnamnet på en försöksverksamhet som genomfördes på Räcksta sjukhus i Vällingby under tiden 74 09 15–75 09 30 i regi av organisationsavdelningen, Hälso- och sjukvårds-

nämnden (HSN) i Stockholm till en början med anslag från SPRI. Syftet var att undersöka om det går att åstadkomma kortare vårdtider inom långvården genom att ersätta storavdelningssystem med behandlingsteam, att ge bakgrund till att dagvård bör ingå som länk i vårdkedjan och att undersöka hur många patienter som har bidiagnos/komplicerande faktorer som påverkar vårdtiden.

Bakgrund

Patienter med hemiplegi (cerebral insult) och collumfrakturer tar en stor andel av vårdkapaciteten i anspråk (23 % av vårddagarna inom Stockholms läns landsting enligt HSN:s diagnosstatistik 1972).

En retrospektiv journalstudie av 134 patienter intagna på Räcksta sjukhus med dessa diagnoser visade bristande överensstämmelse med HSN:s officiella statistik och faktisk vårdtid – den faktiska medelvårdtiden var längre än den statistiska genomsnittstiden.

Andra bakgrundsfaktorer var att man hade ett modernt långvårdssjukhus med utomordentlig utrustning som a) ej användes rationellt för rehabilitering och b) utgjorde otillfredsställande miljö som sjukhem för definitiv vård. Vårdorganisationen innebar storavdelning – stor personalstat, som leder till bristande samhörighetskänsla och stor personalomsättning. Dessutom fanns många personer kring varje patient vilket är ansträngande för patienten och ger samtliga dålig uppfattning om målsättning för vården.

Material

144 patienter med cerebral insult (försöksgrupp 60 patienter, kontroll 84) och 101 patienter med col-

lumfraktur (försöksgrupp 46 patienter, kontrollgrupp 55).

Medelåldern inom respektive diagnosgrupp var för försöksmaterialet 75,9 år (max-ålder 89 min-ålder 46 år för cerebrala insulter) resp 77,8 år (max 93, min 55 år, collumfrakturer).

Metoder

Administration

Projektet leddes av en ledningsgrupp sammansatt efter administrativa roller (representanter för organisationsavdelningen HSN, från SPRI, blockchefer m fl).

Inför försökets start företogs en omdisposition av lokalerna så, att på en storavdelning om 56 platser avdelades 10 platser som dagvårdslokaler, 18 platser som intagnings/rehabiliteringsplatser och resterande avdelningshalva, 28 platser, för konventionell långvård.

Man erhöll en personalförstärkning från 1/2 till 1 underläkare, från 1/2 till 1 1/2 arbetsterapeut, från 1 till 1 1/2 sjukgymnast samt efter en tid 0,9 sjukvårdsbiträde med specialträning i ADL/gångträning för träning av patienterna under veckoslut.

Patientunderlag och urvalsmetoder

För collumfrakturgruppen uttogs varannan patient från fyra församlingar via den ordinarie intagningsorganisationen (om plats på försöksavdelningen saknades, uteslöts patienten ur undersökningen) och varannan patient gick till kontrollgruppen.

Beträffande gruppen cerebrala insulter ingick i undersökningen alla patienter intagna med färsk cerebral insult på Sabbatsbergs eller S:t Görans sjukhus medicinkliniker, då de bedömts behöva fortsatt vård men ej längre akutsjukhusets resurser. Till försöksgruppen fördes varje patient som vid denna bedömning senast följande dag kunde beredas plats på försöksavdelningen – alla övriga långvårdsanmälda patienter med färsk cerebral insult utgjorde kontrollgrupp, vilket förklarar skillnaden i storlek.

Inom projektets praktiska arbetsområde infördes följande principer:

1. Snabb övertagning till långvårdssjukhuset.

2. En attitydpåverkan (patienter och anhöriga) med krav på patientens medverkan så långt det är rimligt. De anhöriga meddelas målsättningen att patienten om möjligt skall skrivas ut till hemmet, att patienten skall få psykologiskt stöd även av anhöriga under rehabiliteringen samt att uppföljning efter utskrivningen skall ske.

3. Personalförstärkning (läkare/sjukgymnast/arbetsterapeut) för

- a) utökad behandlingstid per patient
- b) handledning av vårdpersonal
- c) hembesöksverksamhet.

4. Konsekvent genomförda rutiner för patientcenterade konferenser

- a) avdelningskonferens varannan vecka med all personal
- b) behandlingskonferens varannan vecka med läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, avdelningsföreståndare, en undersköterska, ett sjukvårdsbiträde.

Där så varit möjligt tidig permission för patienten.

5. Rutiner för kontakt med öppen vård, socialvård, t ex meddelande till distriktsläkare och distriktsköterska om utskrivna patienter, kontakt med hemsjukvårdens sjukgymnast resp arbetsterapeut för uppföljning av åtgärder som påbörjats på sjukhuset.

6. Uppföljning i öppen vård av försöksgruppens patienter 1 mån, 4 mån, 12 mån efter individuell utskrivning genom hemsjukvårdsorganisationen.

7. Anordnande av dagvård.

Beträffande registrering av förändringar i arbetsätt saknas i stor utsträckning direkt databearbetningsbart material. Antalet behandlingstillfällen hos sjukgymnast och arbetsterapeut finns mauellt registrerade för försöksgruppen men saknas för kontrollgruppen i samlad form. För kontrollgruppen har enbart registrerats vårdtider förutom funktionsbestämning, som gjordes 31/3-77, 1 1/2 år efter försökets slut.

Attityder hos patienter, anhöriga och personal har blivit föremål för en psykologuppsats, 3 månader efter försökets start, enligt allmän uppfattning

tyvärr alltför tidigt.

Patienternas ADL-funktion har registrerats enligt ett schema utarbetat av läkare från berörda kliniker samt med en funktionsnivåmall för grov skattning av patientens totala beroende av hjälpmedel eller annan person (modifikation av en mall från ett brittiskt arbete (1)). Uppföljningen har skett med ett schema som använts av rehabiliteringspersonal och socialvårdspersonal.

Resultat

Räckstaprosjektets effekt på vårdtiderna för patienter med cerebral insult har separat rapporterats av leg läk Eva Österberg och fil kand John Carstenson 1977. Häri påvisas att patientens ålder (yngre än 75 år) och samarbetsförmåga liksom dagvård har betydelse för en kortare vårdtid.

I tabell 1 redovisas resultat för vårdtiden 1/2 år efter försöksperiodens slut för då till hemmet utskrivna patienter. Efter denna tidpunkt har endast en patient utskrivits till egen bostad. En avsevärd förkortning föreligger av såväl medelvårdtid på långvårdssjukhus som total medelvårdtid. Sålunda har försöksgruppen cerebral insult en total medelvårdtid om 98 dagar jämfört med kontrollgruppens

En avsevärd förkortning föreligger av såväl medelvårdtid på långvårdssjukhus som total medelvårdtid.

165 dagar = 59,4 %. Motsvarande siffror för collumfrakturer är 77 dagar jämfört med 142 dagar vilket är 54,2 % av kontrollgruppens vårdtid.

Av de 11 patienter som hade vårdtid högst 2 månader inom långvård utskrevs 8 patienter via dagvården (försöksgrupp cerebrala insulter), motsvarande siffror för collumfrakturer är 5 av 12 patienter. Motsvarande uppgifter saknas för kontrollgrupperna.

Vid genomgång av försöksgrupperna 30/9-75 finner man att 60 % (36) av patienterna med cerebral insult och 84,8 % (39) av patienterna med collumfraktur haft en vårdtid, vars längd betingas av bi-diagnos och/eller sociala/psykiatriska/medicinska faktorer. Psykiska och sociala faktorer har givit förlängd vårdtid för 23 av de 60 cerebrala insulterna och 19 av de 46 collumfrakturerna, vilket alltså ger bilden av den typiska långvårdspatienten som inremitterats under en viss diagnos, men har en multifaktoriell bakgrund till fortsatt vård.

I försöksgrupperna har man registrerat väsentligt gånghandikapp före det aktuella insjuknandet hos 16 av 60 patienter med cerebral insult och 13 av 46 med collumfraktur, vilket givetvis utgjort en fördröjande faktor vid rehabiliteringen.

Den 31/3-77 gjordes en genomgång av hela undersökningsmaterialet. Av de 144 patienterna med cerebral insult var 62 patienter döda. Motsvarande siffror för collumfrakturgruppen var 28 av 101 patienter. Beträffande de alltför sjukhusvårdade cerebrala insulterna hörde 12/13 i försöksgruppen och 11/14 i kontrollgruppen till funktionsnivå 3 och 4, dvs var beroende av ständig tillgång på personell hjälp och stols- eller sängbundna. Motsvarande siffror för collumfrakturerna är 1/3 i försöksgruppen och 3/7 i kontrollgruppen.

Bortfallet vid efterundersökningen var 50 av 245 patienter, härav 15 patienter som enligt försökets uppläggning lämnades utanför uppföljningsrutinerna. Av övriga 35 patienter som ej kunnat uppföl-

Tabell 1. Räckstaprosjektet. Medelvårdtider.
Delresultat 31/3 1976 (1/2 år efter försökets slut)

	Cerebral insult		Collumfrakturer	
	Försök	Kontroll	Försök	Kontroll
Antal pat utskrivna från slutet långvård	25	21	30	32
Medelvårdtid på akutsjukhus (dagar)	11	18	12	26
Väntetid på långvårdsplicering	1	22		
S:a dagar på akutsjukhus	12	40	12	26
Medelvårdtid långvårdssjukhus	86	125	65	116
Total medelvårdtid	98	165	77	142

jas tillhör 24 patienter kontrollgrupperna, som ju enligt försökets uppläggning ej heller haft de rutinmässiga individuella uppföljningstillfällen som försöksgruppen haft.

Diskussion

På grund av försökets uppläggning och komplexitet tillåter siffermaterialet endast begränsade slutsatser. I utländska arbeten bla av Adams i Belfast (1) har påvisats en god effekt av samlad rehabiliteringsinsats för patienter med cerebral insult. I Edinburgh pågår för närvarande en WHO-studie (Edinburgh stroke rehabilitation study), ledd av dr Michael Garraway, av ett liknande klientel. I Sverige har man huvudsakligen inriktat sig på att belysa behandling av cerebral insult som sjukdom i sig och då i allmänhet hos ett yngre klientel. Man har alltså ej haft aspekten att se på ett direkt långvårdsklientel som ju i allmänhet har flera komplicerade sjukdomar eller sociala faktorer som betingar förlängd vårdtid, vilket genomgången av försöksgruppen till någon del belyst.

Vården på akutsjukhus är av naturliga skäl i allmänhet inriktad på tekniska mål med en sjukdom eller ett organsystem i fokus medan långvården från början riktar in sig på finala mål – att få patienten i stånd att klara sig själv även om förutsättningarna ter sig små. Det är därför viktigt att överförandet sker snabbt så att inte den traditionella attityden, som innebär att patienten passivt låter sig omhändertagas, i onödan permanentas. Dessutom råder tyvärr ofta okunnighet på akutkliniken om långvårdssjukhusets resurser.

Den ökade kontakten med såväl hemssjukvård som hemservice-verksamhet torde givit patienten större trygghet vid utskrivningen. Ännu bättre förutsättningar torde skapas allteftersom primärvårdens uppbyggnad fortgår.

En större satsning på långvårdssjukhusens rehabiliteringskapacitet skulle kunna innebära större patientomsättning med bättre möjligheter till intagning av de patienter som behöver definitiv vård, – den "tunga" långvården.

Inom projektets ram har dagvårdsenheten varit avgörande för kort slutenvårdstid hos många patienter. En dagvårdsavdelning bör ha en klar målsätt-

Inom projektets ram har dagvårdsenheten varit avgörande för kort slutenvårdstid hos många patienter.

ning och ett bestämt program för varje patient, dvs en beräknad vårdtid (total period och antal besök per vecka). En viss kvot patienter blir mer långvariga dagsjukvårdskonsumeter, nämligen sådana som annars skulle vara tvungna att vårdas i heldygnsvård, men som genom anhörigas insats och fortlöpande träning kan vårdas i hemmet. Man bör skilja dagvårdens målsättning från den typ av trivsel- och hobbyverksamhet som de sociala myndigheterna erbjuder friskare pensionärer.

Urvalsprinciperna var ämnade att ej ge ett selektivt patientmaterial, men genom att ett rent slumpurval ej genomfördes blev det ej helt invändningsfritt. Av Österberg–Carstensions rapport framgår dock att kontroll- och försöksgrupp är väl jämförbara.

Av delresultatet ett halvt år efter försökets slut framgår att man har en kraftig vårdavgäldsvinst. De jämförda grupperna är lika i storlek. Man kan dra slutsatsen att man inte skrivit ut flera patienter, men de som skrivits ut har en väsentligt kortare vårdtid i försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Arbets sättet har varit ett steg på vägen mot ett mera patientcentrerat lagarbete och har sedermera utvecklats till en modifierad gruppvårdsform. Vad som alltså förtjänar diskuteras är: kan vi genom marginell personalförstärkning med vissa nyckelpersoner decentralisera långvårdsklinikfunktionen och bättre utnyttja de stora annexsjukhusen? Kan en sådan satsning, trots en viss merkostnad, kanske medföra ett bättre utnyttjande av befintliga platser, i stället för att man bygger ett större antal nya kvalificerade vårdplatser, som det är svårt att kontinuerligt besätta med vårdpersonal? Fortsatt utbyggnad av långvårdsplatser är vi i skriande behov av, men då främst i form av lokala sjukhem för patienter med stort omvårdnadsbehov.

Sammanfattning

I Räckstapprojektet har man konstaterat kortare vårdtid för vissa patienter och värdet av dagvård.

Man har enligt de skattningar som kunnat göras med mjukdata erhållit vissa påtagliga vinster: Ett bättre omhändertagande och trygghet vid utskrivningen för patienten och ett bättre arbetssätt, större motivation och en mer stimulerande arbetsmiljö för personalen.

LITTERATUR

1. *G F Adams*: Clinical Outlook for Stroke Patients 1971 Gerontologia Clinical, Vol 13, N:o 4, s 181–188.
2. *J C Brocklehurst, K Andrews, B Richards, P J Laycock*: How much physical therapy for patients with stroke: — B M J 20/5 1978 s 1307–1310.
3. *Gillner, Hultén, Kerstell, Olsson, Steen o Svanborg*: Intensive shortterm rehabilitation of geriatric patients, Scand J Rehab Med I: 133–138 1969.
4. *J Marquardsen*: The natural history of acute cerebrovascular disease, Munksgaard, Köpenhamn 1969.
5. *J Marquardsen*: Follow-up of Stroke patients, Age and Ageing, pp 41–48, 1975 VII European Congress of Clinical Gerontology, Manchester 10–14 sept 1974.
6. *Koji Nakazawa and Katsumi Murata*: Epidemiological Study of Cerebral Apoplexy and Myocardial Infarction in Japan, Geront clin 1974, vol 16, n:o 4, 195–202.
7. *Kerstin Hagvall, Jaan Suurküla*: Geriatrisk dagsjukvård, erfarenheter från en treårsstudie, Läkart 72 11/ 75.

Socialmedicinsk tidskrifts senaste temanummer 4—5/79

Välfärd och ofärd

Symposium anordnat av tidskriften hösten 1978

Följande föredrag redovisas:

Axel Gisslén: Drömmen om välfärdssamhället

Gösta Tibblin: Fysiska hälsoproblem i välfärdssamhället

Johan Cullberg: Psykisk ohälsa i välfärdssamhället

Gunnar Ågren: Missbruksproblem och välfärd

Knut Sveri: Kriminalitet

Bengt Gardell: Problem i arbetslivet

Gunnar Adler-Karlsson: Ofärdens etiologi

Numret kan rekvireras från **Socialmedicinsk tidskrift**, Fack, 104 01 Stockholm 60
Tel. 08/87 43 91 Postgiro 1179-1

Pris kr 10: — per ex. Rabatt vid större beställningar: 25 ex 10 %, 50 ex 15 %, 100 ex 20 %